Díaz B.

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.
CLÍNICA DE OBSTETRICIA.

IMPORTANCIA
DE LA
PALPACIÓN ABDOMINAL Y LA AUSCULTACIÓN OBSTÉTRICA
PARA EL DIAGNÓSTICO
DE LAS PREÑECES MÚLTIPLES.

TESIS

QUE

PARA EL EXAMEN GENERAL EN MEDICINA, CIRUGÍA
Y OBSTETRICIA

PRESENTA AL JURADO RESPECTIVO

BERNARDINO DIAZ

ALUMNO
DE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO.



MÉXICO

IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON
Calle de Lerdo Nº 2.

1885

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.
CLÍNICA DE OBSTETRICIA.

IMPORTANCIA

DE LA

PALPACIÓN ABDOMINAL Y LA AUSCULTACIÓN OBSTÉTRICA

PARA EL DIAGNÓSTICO

DE LAS PREÑECES MÚLTIPLES.

TESIS

QUE

PARA EL EXAMEN GENERAL EN MEDICINA, CIRUGÍA
Y OBSTETRICIA

PRESENTA AL JURADO RESPECTIVO

BERNARDINO DIAZ

ALUMNO
DE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO.



MÉXICO

IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON
Calle de Lerdo Nº 2.

1885

A MIS PADRES

Débil testimonio de mi cariño.

A MIS HERMANOS

Prueba de cariño.

A MIS MAESTROS

DR. D. MANUEL CARMONA Y VALLE,

DR. D. JUAN MARIA RODRIGUEZ

Muestra de gratitud.

A LOS SEÑORES CATEDRÁTICOS

DE LA

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA

Su discípulo agradecido.

A MIS CONDISCÍPULOS.

SIN abrigar la necia presunción de creer que la presente Tesis pudiera merecer los honores de ser considerada como un trabajo original, quiero que se me permita, sin embargo, manifestar aquí los móviles y fundamentos que me sirvieron para escribirla.

La primera prueba de aptitud que por precepto reglamentario debe dar el que opta al título de Médico Cirujano, ha de ser *escrita*. Con ésto ya se comprende que no me tocaba hacer otra cosa que cumplir la prevención.

En cuanto á la elección del punto, baste saber que á él me inclinaron las circunstancias de haber visto algunos casos, que si no siempre pudieron ser apreciados todos con la mayor certeza, á pesar de haber usado los arbitrios que recomiendo, sirvieron para persuadirme de la importancia que consigo trae el empleo de tales medios. No cabe duda que ellos son los únicos

capaces de ilustrarnos acerca del número y situación respectiva de los productos de concepción alojados en la cavidad de la matriz, y cuando por la concurrencia de ciertas dificultades, que es fácil conocer de antemano, no fuere posible llegar á formarse juicio exacto para la resolución del problema clínico, á lo menos se tendrá siquiera la presunción vehementísima de la existencia de dos ó más fetos enclaustrados, cosa que, á no ser por la exploración indicada, nunca se habría podido sospechar.

La materia de mi Tesis está dividida en dos partes.

En la primera expongo el procedimiento de la *palpación abdominal*, según el método del profesor D. Juan María Rodríguez; sacado á luz, y vulgarizado por él en la República, desde el año de 1869, algunos antes de que Mr. Pinard pensase en hacer lo mismo en Francia;[1] corroborado con el de la *auscultación abdominal* conforme al método de Depaul, que estudió, reformó y dió á conocer en esa misma época, según referencias de los contemporaneos de este acontecimiento, según las constancias que hay en las tesis inaugurales de los profesores D. Ricardo Vértiz, D. Julián E. Quintero, y una discusión habida en la Academia de Medicina de México, que puede verse en la página 285 del tomo XVIII de la "*Gaceta Médica.*"

En la segunda haré la justipreciación de los síntomas señalados por los autores como característicos del embarazo gemelar, y después aplicaré las reglas de la palpación auscultación abdominal, del tacto vaginal y rectal á su diagnóstico.

1 Según confesión de Mr. Pinard, hecha en el *avant propos* de su obra titulada "*Traité du Palper abdominal,*" á principios del año de 1873 fué instigado por Mr. Tarnier para estudiar este procedimiento de exploración, *entonces poquísimamente conocido y sobre todo muy poco usado.* Dicho año emprendió esa tarea, que duró hasta el de 1878, en que dió á luz su obra, que cuando llegó á México no causó impresión ninguna en vista de que el procedimiento no sólo era conocido aquí, sino que se había ya vulgarizado de tal modo que se puede asegurar que no hay médico ni partera en la República que no haga el diagnóstico de la preñez por medio de la palpación abdominal, conforme la enseña á hacer el Director de nuestra Maternidad, profesor Rodriguez.

PARTE PRIMERA.

Lo primero que debe hacer un partero para reconocer á una mujer *encinta*, es vaciar el recto y la vejiga, y si dable fuere, escoger una hora en que el estómago no esté cargado de alimentos. La mujer debe acostarse en decúbito dorsal, próxima al borde de la cama donde se coloque el observador, la cabeza descansando en una almohada de manera que la respiración sea franca, los miembros superiores tendidos á lo largo del cuerpo, el vientre libre de toda constricción y descubierto desde el pubis hasta el epigastrio (como se practica en el Hospital) ó únicamente velado por un lienzo delgado y sin almidonar (práctica civil); los miembros inferiores en semi-flexión, separados, de manera que se relajen los músculos abdominales y haya espacio suficiente para hacer la exploración de la gran pelvis y de la parte accesible de la excavación. Se la recomienda que esté en el mayor reposo posible, y que respire boquiabierta. El partero debe colocarse en el borde izquierdo de la cama (en la mayoría de los casos) ó en el derecho (si alguna circunstancia le impidiere situarse al lado izquierdo), frente á frente de la región umbilical. Luego principia el examen poniendo especial cuidado

de que sus manos no estén frias, porque además de que el tacto se embota entonces, molesta á la mujer y puede provocar contracciones uterinas de efecto reflejo. De lo primero que debe darse cuenta es del espesor, sensibilidad y tensión de la pared abdominal, haciendo un gran pliegue con una ó las dos manos; pasará luego á explorar el tumor: para ésto pondrá flexibles, extendidas y juntas sus manos sobre la región umbilical, y las deslizará suavemente en sentido contrario, de manera, que yendo arriba y abajo limite el diámetro longitudinal: después volverá á la región umbilical, y yendo á derecha é izquierda, limitará el diámetro transversal. Impuestas siempre ambas manos sobre el vientre, procede á estudiar la forma, consistencia, situación y dirección de dicho tumor, apreciando por medio de presiones suaves y metódicas, donde hay resistencias mediatas, sus tamaños, formas, si son móviles, si ellas solas se mueven, y adonde no hay nada de ésto, en cuyo sitio buscará la *sensación quística*, el máximum de desigualdades fetales y el de los movimientos propios del producto.

La experiencia enseña que los caracteres que dejo expuestos pertenecen única y exclusivamente al tumor constituido por el útero grávido.

Si durante este primer tiempo de la exploración sobreviniese contracción uterina (lo que se conoce porque cambia la consistencia de la matriz, se yergue y se dibuja al través del vientre), se debe suspender el examen y aguardar á que el órgano éntre en reposo. Esto mismo se hará cuantas veces repita, porque proceder de otra manera es imprudente y necio; pues además de que se frustra la observación (en esas circunstancias las percepciones son oscuras, ó nulas, más bien dicho), podrá excitarse la acción de la contractilidad orgánica azuzando el músculo gestador, y eso está enteramente vedado.

En virtud del reconocimiento practicado, y supuesto el em-

barazo, en meses mayores el producto concebido se siente situado en dirección del eje de la matriz, á lo largo; en dirección transversal, atravesado; ó en dirección intermedia, oblicuamente; lo que indica que los extremos del ovoide fetal están, uno arriba y otro abajo; uno á derecha y otro á izquierda; uno arriba y á la derecha, y otro abajo y á la izquierda, ó viceversa.

A continuación se procede á medir las extremidades del ovoide fetal por medio de los compases de espesor. Estos compases se forman juntando los cuatro últimos dedos, separando el pulgar, y doblando y arqueando luego las manos. Crúzanse los antebrazos conforme lo hacen los pianistas, y pónese uno de los compases en uno de los extremos y otro en el opuesto, y deprimiendo, deslizando, y sacudiendo sucesivamente lo que se toca á través del vientre, se toma cuenta de la forma, tamaño, consistencia, movilidad, fijeza de lo que se siente coger; con cuyos datos, debidamente apreciados, se ratifica, primero, el juicio formado respecto de la dirección total del ovoide, y después, el del sitio que ocupan la cabeza y el extremo pélvico. *La cabeza del feto (salvo una que otra excepción) es siempre menos voluminosa, más dura y menos reducible que la región pélvica.* El definir cuándo la cabeza situada abajo está fija ó móvil, no sólo no está por demás, sino que es interesantísimo; porque lo primero da fijeza al abocamiento, y lo segundo no; lo cual, en el embarazo simple con abocamiento de vértice es una garantía de éxito para el parto, y con presentación irregular *(pélvica, de cara)*, es una esperanza más de poder hacer la *corrección por maniobras externas*, exigida por ellas, según dictamen del profesor Rodríguez. Una vez decididos estos puntos, procédese á averiguar si la cabeza (suponiendo que sea la que se aboque con el estrecho superior), está doblada ó extendida, y sus conexiones con el resto del ovoide por intermedio del cuello, cilindroide delgado que sigue al tumor cefálico, el cual se tienta en las posiciones 1.ª y

2ª de vértice y 3ª y 4ª de cara; y no se tienta, en la 3ª y 4ª de vértice y 1ª y 2ª de cara, en cuyos casos se siente un hundimiento anguloso en su lugar. Llegado allí, se averigua si los dos extremos están unidos por un cilindroide más voluminoso, el *tronco*, y si el dorso ve hacia adelante ó atrás. Es de advertirse que una vez encontrada la resistencia dorsal, comprimiéndola con ambas manos, y adelantándolas y retirándolas sucesivamente con suavidad y mucha lentitud, se siente con la claridad apetecible que una superficie móvil y lisa resbala sobre otra resistente é igualmente tersa; lo que depende, de que con ayuda de este ingenioso artificio se hace deslizar la pared útero-abdominal sobre la espalda del producto. Por último: continuando la palpación, se encuentran hacia la región uterina opuesta á la dorsal, la sensación quística, las pequeñas desigualdades fetales (constituidas por cuerpos móviles, redondeados, angulosos), y muchas veces los movimientos propios del producto (movimientos reflejos), *choques*, *sobresaltos*, *deslizamientos*.

La posición en que se debe poner á la mujer para practicar la auscultación es casi la misma que para la palpación, con esta sola diferencia: que en lugar de tener doblados los muslos sobre la pelvis, y las piernas sobre los muslos, como quiere Depaul, las tendrá en la extensión, con objeto, dice el profesor Rodríguez, de que la pared del vientre tirante se acerque á la matriz grávida, y ésta al dorso del feto, que es la región por auscultar.

Hay que advertir que esta exploración debe hacerse sobre un lecho que no sea ni muy alto ni demasiado bajo, para que el observador esté á una altura conveniente y no quede obligado á inclinarse mucho; postura que, además de ser molesta, ensordece al observador por lo declive que queda la cabeza.

El médico debe estar de pié y ligeramente doblado cuando la mujer esté acostada sobre una cama que tenga la altura conveniente, y se arrodillará, si reposa sobre un lecho tan bajo como

los que de ordinario se usan para los partos. La mujer se aproximará lo más que pueda al borde del colchón, y el partero se situará cerca de ella.

La mujer debe estar en camisa y caracol, cubierta con una sábana de lienzo delgado sin almidonar, ó lo que es mejor aún, con el vientre descubierto en la parte absolutamente necesaria.

Depaul recomienda que la observación se haga de un solo lado, á fin de evitarse el trabajo de ir á buscar los latidos donde no estén, habiéndolos encontrado en el que se reconoció primero. El profesor Rodríguez no está conforme con este parecer, y recomienda con insistencia se practique con ordenación y método, sucesivamente, *de un lado y otro, por delante y por detrás, recorriendo las zonas supra, meso é infra-umbilicales*, siendo sus miras encontrar el lugar preciso del punto máximum de los latidos cardiacos, definir con exactitud el sentido de su transmisión, y no dejar escapar la oportunidad de hacer el diagnóstico de una preñez compuesta ó gemelar, dado caso que el descubrimiento haya pasado por alto al practicar la palpación, ó que dicho recurso haya sido insuficiente; lo cual también puede suceder.

Hay una cuestión muy importante por definir, y es: si se debe explorar con estetoscopio ó con la oreja sola. Depaul no duda en declarar que la exploración mediata es preferible, y el profesor Rodríguez es de la misma opinión; pero no todos piensan lo mismo, y Kergaradec entre otros, dice, que puesto que la cabeza aplicada sobre el abdomen ocupa mayor superficie, descubre más aprisa el punto en que se verifica el fenómeno que se busca. No prescribe el uso del estetoscopio, y reconoce en él ciertas ventajas.

La mayoría de los observadores está en pro del estetoscopio, y prefiere la auscultación mediata. Basta, dice Depaul, basta pasar revista á las ventajas é inconvenientes de uno y otro mé-

todo, para que cualquiera se ponga de mi parte. En primer lugar, con el oido simplemente, es imposible llegar á apercibirse de los ruidos durante los primeros meses de la preñez, cuando el útero pasa apenas el estrecho superior. Más tarde, cuando la matriz está separada de la pared abdominal por circunvoluciones intestinales, ó una capa algo gruesa de líquido ó de grasa, se necesita apoyar con fuerza la cabeza sobre el abdomen para acercar la oreja al útero; de lo que proviene una sensación desagradable para la mujer, y ruidos de todas especies, procedentes del movimiento inevitable de los cabellos, barba y vestido del observador. La posición que se toma es penosa, y ésto hace tardo el oido: la tensión en que se pone á los músculos para mantener el cuerpo doblado produce frotamientos musculares, que se agregan á las dificultades antes señaladas. En fin, no todas las partes del abdomen son igualmente explorables: las regiones inguinales, v. gr.; y si á ésto se añade el asco, la repugnancia, que inspiran el desaseo de algunas mujeres, ciertas enfermedades contagiosas, hay que convenir en que semejante manera de explorar tiene muchos inconvenientes.

El profesor Rodríguez, atento á razones tan convincentes, desde sus primeras lecciones en 1869, aconseja el uso del estetoscopio, y dia á dia no se practica de otro modo la auscultación en la casa de Maternidad que con ayuda de ese instrumento.

Con el estetoscopio, los inconvenientes arriba apuntados no se presentan. Se puede explorar el fondo de la matriz aun cuando esté apenas arriba del estrecho superior. Los ruidos llegan más claros al oido, y es fácil fijar el sitio donde se escuchan con mayor intensidad. Cuando varios ruidos existen simultáneamente, como sucede con el soplo abdominal y los latidos de las circulaciones materna y fetal, se les puede señalar y distinguir. No se produce ruido alguno de frotación; deprímense sin moles-

tia la pared abdominal y la uterina; desalójase la capa de líquido amniótico interpuesto; en fin, está uno á buena distancia de la mujer, para que su desaseo ó sus enfermedades provoquen mucho asco y repugnancia. El estetoscopio es un instrumento muy conocido, y por consecuencia es en balde describirle. Hay de varias formas, tamaños y materias: de gutapercha, metal, madera; pero el que en concepto del profesor de la Maternidad debe ser preferible, es el de Laenec, porque, según dice, reune todas las condiciones de un buen instrumento acústico.

Para auscultar con fruto el vientre de una mujer *encinta*, hay ciertas dificultades que superar, y ciertas precauciones generales que tomar, las que Depaul describe de la manera siguiente: La auscultación es difícil en los primeros meses de la preñez, porque, hallándose el útero profundamente situado, se necesita deprimir con fuerza la pared abdominal para llegar á la matriz, y las mujeres se prestan poco á eso: con dificultad se resignan á soportar una presión un poco prolongada; en fin, los ruidos que se trata de reconocer de por sí son muy débiles, y es preciso tener el oido ejercitado para poderles apreciar con claridad. Es necesario abstenerse de cualquiera investigación durante los dolores de parto; además, es cosa sabida que durante la preñez el útero sufre contracciones que, aunque indolentes, estorban, porque le hacen perder la suavidad que necesita para aplicarse exactamente sobre el feto y trasmitir los ruidos fetales. La auscultación mediata, una presión exagerada, los movimientos activos del feto mismo, despiertan esas contracciones; preciso es, pues, esperarse, y por múltiples ensayos habituar al útero á la operación que se va á hacer. Hay algunas mujeres en quienes el examen no puede ser completo á causa de esta irritabilidad que amenaza constantemente provocar un trabajo prematuro: una lavativa opiada es suficiente algunas veces para combatir dicha irritabilidad. Las paredes abdominales de algu-

nas mujeres tienen una sensibilidad tan viva, que les es inso portable la menor presión.

La exageración en cantidad del líquido amniótico pone las paredes del útero y del vientre tan tersas, que no se las puede deprimir bastante, y en consecuencia, los ruidos fetales profundamente situados son difíciles de oir.

Cuando se ausculta á mujeres cuya pared abdominal es delgada, fláxida, y ha sido distendida por partos anteriores, el estetoscopio resbala por no encontrar el grado de resistencia ordinaria, y arrastra consigo la porción de piel sobre que se aplica. Para evitar este inconveniente, se tiene cuidado de mantener el estetoscopio perpendicular á la porción del órgano que se explora, y sostenerle con los dedos hasta que el peso de la cabeza le mantenga fijo en la situación en que deba estar.

El profesor de nuestra Maternidad recomienda mucho que el estetoscopio siempre quede aplicado perpendicularmente sobre el punto que se aplique, esté tirante ó laxa la pared del vientre, no sólo con la mira de evitar que resbale, sino con las de no incomodar á la mujer, hundiéndole sólo una parte del borde del pabellón, y la de impedir el ruido que naturalmente produce en el tubo la entrada del aire por la parte que queda levantada. Recomienda, además, el Sr. Rodríguez, que en casos de desviaciones uterinas, de movilidad de la matriz, de laxitud de la pared abdominal, una persona tome al útero, le reponga en su sitio, le sostenga, y restire la pared durante el acto del reconocimiento. La previa habituación para que la aplicación del estetoscopio sea soportable no ha sido necesaria en México, donde es de continuo tolerada por personas de todas las clases de la sociedad.

PARTE SEGUNDA.

HACER el diagnóstico de la preñez compuesta, conforme al sentir del profesor Rodríguez, no es tan fácil como á primera vista parece; é importa hacerle, puesto que bajo el punto de vista práctico, el parto gemelar merece una atención especial por más de un motivo. Muchas desgracias habrían podido evitarse si con la debida oportunidad se hubiera sabido que se trataba de parto gemelar. El citado profesor ha sido testigo de algunas catástrofes que han dejado indeleble huella en sus recuerdos, por lo que año por año se detiene en este punto y llama sobre él la atención de sus discípulos. Comunmente el parto gemelar coge de nuevo y sorprende á las mujeres y á los asistentes; de ordinario, el diagnóstico se hace cuando nacido un niño, se siente después y se ve venir un segundo. Si se toman luego las cosas por el otro lado, el alumbramiento de uno sólo, cuando se había predicho y se esperaba el de dos, también coge de nuevo y causa la misma sorpresa á las parturientes y á las personas que las asisten. Esto quiere decir, que fácilmente se desconoce la verdadera situación de las cosas, y que se pueden tomar al revés; habiendo dos, creer que es uno, y habien-

do uno sólo, creer que son dos. Bien mirado, estas equivocaciones parten de dos orígenes: el primero es, que siendo más comunes las preñeces simples que las compuestas, al reconocer á una embarazada se lleva consigo la presunción de que se trata de un caso común, y preocupados por esa idea no se hace un examen tan detenido y escrupuloso como siempre es de desear, y de consiguiente no se da con lo que hay. El segundo es, que á veces el problema ofrece tales dificultades, que sin embargo de poner en juego los diversos métodos de exploración con que hoy se cuenta, el observador tampoco consigue dar con ello y desatina. Siguiendo el consejo del profesor Rodríguez, lo primero se podrá remediar no olvidando nunca que en cualquier caso que se estudie puede haber dos fetos, y procediendo á su busca con diligencia, nimio cuidado y entera despreocupación: lo segundo, no conformándose con reconocer sólo una vez, por bien hecho que haya sido el examen; y, por leve que sea la duda, insistiendo cuantas veces sea necesario; pues tiene como verdad incontrovertible, que el partero que de antemano reconoce la existencia de una preñez gemelar, se pone en atalaya y puede evitar los accidentes posibles y frecuentes que suelen sobrevenir durante el embarazo, durante el parto, y durante el puerperio.

Penetrados de la alta importancia del diagnóstico de la preñez gemelar, los antiguos parteros formaron un cuadro de síntomas, cuya existencia, una vez bien comprobados, en su concepto debía llevar á cualquiera al descubrimento de una preñez gemelar. Para algunos, el valor colectivo é individual de los síntomas del tal cuadro es enteramente problemático y discutible. Capuron,[1] que reconoció la necesidad de distinguir las preñeces simples de las compuestas; Capuron, que valorizó muchas veces los síntomas señalados por sus antecesores y contemporáneos, decía: "Es preciso convenir en que sobre este

1 *Traité d'accouchement*, 4me. édition, 1828, pag. 360.

punto no hay más que signos vagos y equívocos durante la gestación y antes del nacimiento ó extracción de uno de los gemelos." Debo de advertir que cuando hablaba así, la auscultación obstétrica ya había sido descubierta; lo cual hace presumir que Capuron ponía en duda hasta los resultados obtenidos por este medio.

Es curioso dar á conocer la suma de los signos antiguos que el célebre Dionis hizo en su Tratado de Partos, publicado el año de 1618; es decir, hace 267: "En los primeros meses no se puede conocer si hay dos niños; eso no se sabe sino hasta que los niños empiezan á moverse, y se tienen señales ciertas, cuando al examinar el vientre de la madre se le halla más grande de lo que es cuando sólo hay uno. Si hubiere dos eminencias, una á la derecha y otra á la izquierda, y en medio de las dos una línea un poco deprimida; si puestas las dos manos sobre el vientre, se sintieren muchos y diferentes movimientos de los dos lados; si dichos movimientos fueren más frecuentes que de costumbre; si la tirantez del vientre por delante estuviese redondeada y no puntiaguda; si la mujer estuviese más molesta en esa preñez que en las anteriores, y si la carga le fuese muy pesada; si las piernas, muslos, y aun los labios de la vulva, estuviesen siempre hinchados; todo eso indicará la pluralidad de niños." Mauriceau, de su parte, agregó á estos síntomas el *edema superpúbico*, de que en estos últimos tiempos han hablado tanto Depaul y Pinard.

Para nuestro profesor de Clínica, el juicio respecto al valor de los caracteres señalados por los antiguos no es tan absoluto como el de Capuron: él no cree que deba hacérseles á un lado y menospreciarles por inútiles; conviene en que con ellos y sólo con ellos está uno expuesto á tomar un embarazo simple por doble y viceversa; pero también dice que pueden servir como auxiliares en el deslinde de una cuestión que, por lo mismo que está en-

vuelta en sombras, necesita que la luz la hiera por todas partes para que se aclare hasta donde sea dable; que es á lo que los médicos están obligados.

Pasando revista, aunque á vuelapluma, á las modificaciones del volumen, forma, consistencia y situación del útero durante la preñez simple ya avanzada (del 6º al 7º mes), y comparándolas luego con las de la gemelar hacia la misma época, pueden existimarse ciertas diferencias, que aunque únicamente sirvan para *despertar sospechas* en el ánimo del observador, le lleven á fijar más su atención.

El tamaño del vientre, nos ha dicho nuestro profesor de Clínica, no es uno mismo en todas las mujeres, ni aun en una misma mujer, en todos sus embarazos. Las interesadas notan estas diferencias, y con candorosa ingenuidad manifiestan á sus maridos, á sus deudos, á las personas de su intimidad, y al médico, que "*en el embarazo del niño fulano hicieron una gran barriga, y en el del niño zutano la hicieron pequeña*" (tal es la frase usual). Cuando el vientre se les abulta de un modo inusitado, las mujeres y cuantos las miran temen que la preñez sea gemelar, ó sospechan, cuando menos, que estén embarazadas de más tiempo y "*que hayan equivocado las cuentas.*" Pero sea de ésto lo que fuere, lo cierto del caso es que el volumen del vientre, sin que sea un indicio cierto de la preñez compuesta, es el más vulgar y vehemente de que podría serlo, en razón á que dos niños siempre hacen más bulto que uno sólo. Al decir *podría serlo*, digo bien; porque entre las causas que pueden motivar el gran desarrollo del vientre, la preñez gemelar es una de tantas, y la dificultad se reduce entonces á hacer el diagnóstico diferencial, entre ella, la hidropesía del amnios, la existencia de un feto voluminoso con una gran cantidad de agua proporcional, la de tumores coexistentes de la periferia del útero, de sus anexos y contiguos, la crasitud, el edema de la pared abdominal, la ascitis; sobre

cuyos caracteres particulares hago punto omiso, en vista de que cada uno de estos accidentes y sus respectivos signos no son de este lugar.

Esto no quiere decir que el abultamiento exagerado del vientre sea una *conditio sine qua non* de la preñez gemelar, porque hay preñeces compuestas en las cuales el vientre está recogido aparentando una preñez simple.

El recogimiento del vientre es natural, y acaso suele ser obra del cuidado higiénico que algunas mujeres ponen *motu propio*, ó por consejos y advertencias del facultativo que las atiende. Natural es, siempre que el tono de las fibras del músculo uterino y las de la pared abdominal se mantenga á pesar de los embarazos: hay mujeres que están dotadas del privilegio de conservar intactas las bellas formas, las formas estéticas de su sexo; y hay otras, al contrario, que, ó nunca las han tenido, ó que las pierden desde antes de embarazarse, y que visiblemente empeoran después de cada parto. Con frecuencia nos ha hecho ver nulíparas que por lo muy laxo y abultado del vientre parecen multíparas, y aunque en menos escala, también nos ha hecho ver multíparas que por lo tirante y recogido del vientre parecen nulíparas. Nos ha dicho, además, que éste defecto es remediable, fundándose en la observación de varios hechos; y nos ha dicho también, que debe remediársele, porque no hay cosa que más se oponga al acomodamiento estático del producto de concepción en el embarazo y al acomodamiento dinámico durante el parto, que la holgura de los dos receptáculos: el útero y la cavidad abdominal; que los abocamientos viciosos, complicados, y las posiciones inclinadas, generalmente parten de ahí. Que son remediables, cosa es llana, puesto que suspendiendo (no sujetando) la pared del vientre en las embarazadas y en las puérperas, la venda suspensoria contraresta el peso de las vísceras, sin perjudicar en lo más mínimo el desarrollo del continente y del con-

tenido, y mecánicamente se opone á que los músculos y las aponeurosis den de sí más de lo que deben. Lo que dice del vientre, afirma de los senos. El uso de la venda suspensoria y del armador, arreglados convenientemente á la medida de la persona, conserva las buenas formas del vientre y de los pechos, lo cual, además de lo dicho, sirve para mantener vivas las ilusiones conyugales. Los maridos ven con desvío, y hasta con asco, á las esposas que hacen público alarde de física opulencia, respecto de uno y otros, bajo el frívolo pretexto de *no estar ya expuestas á perder casamiento*, cuando lo están y mucho á dar al traste con su matrimonio, que es un mal peor.

La forma del útero grávido es otro dato equívoco, pero no despreciable. Desde Dionis acá se viene diciendo que la forma del vientre indica la existencia de dos fetos, cuando se dibujan dos eminencias, una de ellas situada á la derecha y otra á la izquierda, separadas por un surco. En concepto de nuestro profesor de Clínica, el error, ó más bien dicho la vaguedad de este síntoma, consiste en que se diga que esos relieves se ven, y no *que se sienten*. Se comprende que estando los engendros acurrucados y puestos longitudinalmente uno enfrente de otro por los planos esternales (que es la situación natural), uno de los dorsos resulte mirando á un lado y otro al opuesto; asimismo se concibe que los dos ovoides fetales queden separados por un hundimiento hasta cierta profundidad. Pero no se concibe el cómo y el por qué dicha situación se traduzca en la matriz, y después de eso en la pared abdominal; pues para que ésto sucediese, preciso era que el útero se amoldase á la forma total de su doble contenido: suposición inadmisible, primero, porque hace á un lado la tonicidad de la fibra uterina y trueca los papeles que desempeñan el útero y el producto de concepción: *el útero es el molde, y el producto de concepción es el cuerpo amoldado;* y segundo, porque también deja á un lado al líquido amniótico, el cual llena los espacios

libres y coopera á mantener intacta la forma ovular del receptáculo uterino. Puede ser que estos relieves alguna vez lleguen á hacerse visibles; mas no siéndolo siempre, no hay que contar con la vista sola para dar una resolución definitiva. Más seguro es, á juicio del profesor citado, apelar al tacto manual, por medio de los compases de espesor, hechos con las manos dobladas en forma de arco poniendo los cuatro últimos dedos juntos y separados los pulgares; postura que conocemos bastante y que empleamos aquí para fijar la situación respectiva de las extremidades pélvica y cefálica. Aplicadas de uno y otro lado, simultáneamente y al mismo nivel, si las paredes uterina y abdominal no están muy tirantes, una mano se dará cuenta de lo que está á la izquierda, y otra de lo que se halla á la derecha; y comprimiendo tanto cuanto á ello se preste el tumor, se apreciarán los diversos grados de resistencia que hay en los distintos lugares recorridos por los compases, notándose en ese mismo acto los lugares respectivos de las resistencias sólidas y líquidas, tocando los dos fetos y el hundimiento que les divide; cosa que nunca se consigue al explorar el vientre con la vista únicamente.

La figura del útero, como sucede respecto del *tamaño*, se modifica por varios motivos, y entre ellos debe contarse la preñez compuesta. La amplitud de la zona meridiana depende á veces de la natural configuración de la víscera, así como también es efecto de la hidropesía del amnios, de la situación transversal del producto, de la falta de lugar para espaciarse hacia arriba, como sucede en ciertas mujeres mal repartidas, mal conformadas, en las enanas y en las jorobadas. Cuerdo será, en vista de ésto, no decidirse á creer en la existencia de una preñez compuesta, solamente por la forma más bien esferoidal que ovular de la matriz grávida en los meses mayores del embarazo, sino hasta después de haber procedido con toda cautela á averiguar la existencia ó ausencia de las causas que quedan apuntadas.

En cuanto á la *consistencia*, tiene que decirse lo propio que del volumen y figura de la matriz. Respecto de este punto, nuestro profesor nos ha hecho advertir que varía en las distintas épocas del embarazo gemelar (libre de sus ordinarias complicaciones), y que siendo siempre *mixta*, tiene las mismas faces que en la preñez simple: el volumen relativo del contenido sólido, simple ó compuesto, y del líquido que lo baña, están en razón inversa; de modo que en los primeros meses, preponderante el líquido, es más perceptible la sensación quística, y en los últimos, preponderante el sólido, se hace más sensible la percepción de las resistencias sólidas. Fijando bien la atención, las manos y el oido decidirán si se trata de un solo producto ó de varios. Pero si, como con frecuencia sucede, el embarazo compuesto se complica de hidropesía del amnios, no es tan fácil resolver la cuestión; porque alejando el agua al sólido, y quedando éste muy lejos de esos dos sentidos, cuando mucho se logran apreciar las particularidades del caso confusa y vagamente. Y si á esta dificultad se añade otra, muy corriente, el *edema de la pared abdominal* y la *ascitis*, inseparables compañeras de la hidropesía del huevo, la cosa sube de punto, y el explorador es víctima de la más cruel incertidumbre.

Se ha hablado también, respecto de ésto, de la *forma muy abovedada de la zona polar superior*. Dionis decía que la mucha redondez de la forma del útero grávido era uno de los síntomas de la preñez gemelar. En la Clínica de la Maternidad se nos ha hecho advertir, que ésto puede ser cierto en algunas circunstancias, mas no siempre. No cabe duda que el acomodamiento estático en la preñez gemelar comunmente obedece á la ley general; que, como en la simple, un tiempo llega en que la matriz compulsa al doble contenido á adecuarse á sus formas y dimensiones; de donde resulta que lo más voluminoso se sitúe arriba, en el fondo, y lo menos, abajo, en la zona polar inferior; regla

que si sufre excepciones tratándose de un solo feto, más expuesta está á sufrirlas tratándose de dos ó más, en vista de que los esfuerzos impulsivos son estorbados por la aglomeración y lo naturalmente reducido del lugar que ocupan. Por virtud de la ley del acomodamiento, los mellizos se abocan bajo tres aspectos diferentes. El primero y más frecuente es, que ambos se presenten por el vértice: siguiendo el orden de frecuencia, el segundo es, que uno se presente por el vértice y otro por el extremo pélvico; y el tercero es, que los dos se presenten por la extremidad pélvica. (Siguen otras combinaciones que por lo raro y fortuito de ellas no tomo en cuenta.)

Esto supuesto (que se apoya en observaciones de Europa y de México) sin perder de vista que cuando la naturaleza procede al acomodamiento obstétrico, la suma de los dos extremos pélvicos de los fetos es más voluminosa que la de los cefálicos, y suponiendo que nada se oponga á que el abocamiento sea regular, rectamente se infiere, que si los mellizos se abocan por los vértices, las nalgas han de ensanchar mucho el fondo de la matriz, sólo por el hecho de constituir una masa más voluminosa; y que cuando se abocan por las nalgas, han de dilatarle menos, porque el conjunto suma respectivamente menos; por último, que cuando uno se aboca por el extremo cefálico y otro por el pélvico, suponiendo que el desarrollo de ambos fetos sea igual, el volumen y la redondez del fondo serán intermedios entre uno y otro caso. Pero como el tipo más comun de abocamiento es el primero, el *bicefálico*, para cuando el fondo de la matriz esté muy voluminoso y abovedado, prudente será averiguar si eso depende de la existencia de una preñez compuesta ó de otra cosa.

En cuanto á *la situación* y *dirección* de la matriz en la preñez compuesta, poco ó nada hay que decir. Tiene las anatómicamente requeridas, cuando es fisiológicamente buena la tonicidad del útero y de la pared abdominal; y se desvía y exagera poco ó

mucho, cuando dicha cualidad está menoscabada por cualquiera causa.

Por lo que toca al *edema superpúbico*, señalado por Maureceau desde 1668, debo decir también que es otro signo dudoso, pero que no por eso debe desechársele absolutamente. El desarrollo excesivo de la matriz en la preñez gemelar opone trabas á la circulación centrípeta, y de ahí proviene que se infiltre el tejido celular subcutáneo de la pared del vientre, y que el edema aparezca en la parte baja y aun se extienda hasta la alta; siendo en uno y otro caso precedido de la infiltración de los miembros inferiores, que llega á un extremo notable cuando es mucha la dificultad circulatoria. Depaul dice que el edema superpúbico no ocupa el tejido celular subcutáneo abdominal indistintamente, sino que tiene límites precisos; que forma en la región púbica una saliente triangular cuya base mira hacia abajo y el vértice hacia el ombligo. Sin meterme á lo de la forma y la extensión del edema de la pared abdominal, sólo diré que éste proviene de cuantas causas hay capaces de dificultar la circulación venosa del vientre bajo; causas que se presentan también, y no pocas veces, en la preñez simple, conforme se nos ha hecho ver en la Clínica de la Casa de Maternidad.

Por lo que respecta á lo *multiplicado* y *tumultuoso de los movimientos fetales* en el embarazo compuesto, el profesor Rodríguez niega que lo uno y lo otro sea exacto, y funda su modo de ver en las siguientes consideraciones que me han dejado plenamente satisfecho: las mujeres embarazadas resienten los movimientos del producto, mediante la pared uterina, en la pared abdominal, y ésta trasmite las impresiones que recibe al sensorio común. Los frotamientos, los choques, el golpeteo, se sienten tanto más fuertes y repetidos, cuanto mayor es la facilidad que el feto tiene para rebullirse todo y estirar ó encoger los miembros. Ahora bien: en el teorema del embarazo gemelar, es ne-

cesario convenir en que poco favorecidas se hallan la fuerza y la facilidad motriz. Encerrados los fetos en un recinto estrecho, acurrucados y mirándose por sus planos esternales, apenas se pueden mover; de modo que sus movimientos no pueden ser amplios, ni mucho menos fáciles. Indagando con personas que han tenido embarazos gemelares y simples, qué diferencias notaron entre los movimientos de un feto y de dos, todas han asegurado haberlos sentido lo mismo á poco más ó menos, y algunas han agregado, que en cuestión de movimientos, los fetos únicos habíanlas molestado más que los mellizos.

Ha llegado el momento de que me ocupe de la *palpación abdominal aplicada al diagnóstico de la preñez gemelar.*

No obstante la poca ó ninguna fe que Paul Dubois tenía en este método de exploración (que en esa época no había llegado al grado de perfeccionamiento que hoy tiene, 1843), las aseveraciones de Cazeaux y Chailly-Honoré, que escribieron sobre este tema hacia la misma época, agregadas á las de Mattéi (1855), y á las de Pouthier (1856), decidieron á nuestro profesor de Clínica (1869), á examinar experimentalmente la cuestión con la lentitud y calma con que se estudia aquello que se presenta pocas ocasiones y de tarde en tarde. Con los datos clínicos que fué recogiendo, pudo al fin adquirir la certidumbre de que el diagnóstico de la preñez compuesta, por medio de la palpación abdominal, era hacedero, aunque más difícil que el de la simple, y así lo dice en sus lecciones públicas: "La inspección y palpa-
"ción del vientre en la preñez gemelar indican que el desarrollo
"del útero se anticipa, no correspondiendo á la edad real de la
"preñez; que el diagnóstico transversal del órgano es conside-
"rable, é igual á veces al longitudinal; que no ha logrado ver
"nunca la forma bilobada del vientre, acerca de la cual no dan
"cuenta ni la anatomía ni la fisiología del músculo uterino; que
"en tales casos, la excesiva plenitud del útero sólo es compara-

"ble á la que provoca la hidropesía del amnios; que el diagnós-
"tico diferencial entre uno y otro estado puede hacerse por me-
"dio de la palpación, aunque la hidropesía complique al emba-
"razo gemelar, como suele acontecer; que si es dable concebir
"por el raciocinio, que la resistencia quística en nada puede pa-
"recerse á las resistencias sólidas, más lo es, cuando la expe-
"riencia muestra que manos adiestradas en los ejercicios clíni-
"cos de la palpación obstétrica, pueden apreciar esas diferencias;
"que por muy tirante que esté un huevo hidrópico que contenga
"un producto de concepción, unas manos ejercitadas, sin causar
"gran molestia á la mujer, podrán hundirse lo suficiente para
"desalojar la capa líquida interpuesta entre aquel y la pared
"uterina; que si la tirantez del vientre depende de la edad avan-
"zada de una preñez gemelar, al hundir metódicamente las ma-
"nos en el tumor, tropiezan con las resistencias que oponen uno
"ó más fetos; que con ayuda de las manos se pueden apreciar
"con mayor ó menor claridad ciertos detalles: tocar las regio-
"nes dorsales, las extremidades cefálicas y pélvicas, la plurali-
"dad de desigualdades pequeñas, marcar diferencias entre las
"cosas que mediatamente palpan, y acabar por definir, no sólo
"la existencia de la preñez gemelar, sino también las situaciones
"absolutas y relativas de los mellizos. Añade, que si un primer
"examen no basta, debe repetírsele cuantas veces se considere
"necesario, cambiando en cada uno de ellos la postura de la
"mujer, reconociéndola sucesivamente en decúbito supino y la-
"terales derecho é izquierdo; con lo cual, y el nuevo acopio de me-
"jores datos, de la presunción se pasa á la certidumbre, de lo hi-
"potético á lo real; que la repetición de los exámenes cuidado-
"sos y á cortas distancias (cada tercer dia v. gr.), ponen al prác-
"tico en la mejor vía para indagar y saber las cosas tales como
"son, á cuyo intento debe recurrirse siempre á la *auscultación*
"*abdominal*, que por su parte suministra datos interesantes."

Si el surco divisorio, que según la opinión de muchos autores es uno de los caracteres propios de la preñez doble, no se vé, sí se palpa, conforme hemos podido observarlo en la Clínica de la Casa de Maternidad. Aplicando, como lo hace el profesor Rodríguez, *aplicando las manos á las partes laterales del vientre, haciendo con ambas dos compases de espesor, y hundiendo los pulgares donde faltan las resistencias sólidas, se siente el surco que no se vé, y que corresponde al ángulo entrante formado por la curvatura natural de los correspondientes planos laterales de ambos fetos;* y deslizándoles luego, unas veces hacia arriba, y otras hacia abajo, se demarca su extensión y dirección, dando reseñas del lugar que ocupan las grandes y pequeñas desigualdades, de su tamaño, figura y consistencia; premisas de donde luego se infieren las relaciones mútuas de los mellizos: dos cabezas ó dos extremos pélvicos juntos, abajo; una cabeza y un extremo pélvico abajo, y un extremo pélvico y otro cefálico arriba; que son los tipos más frecuentes de las situaciones gemelares. Los casos raros, que no se ven sino en los momentos de efectuarse el parto, como aquellos en que se observan otros abocamientos, solos ó complicados de procedencia de cordones, de miembros, puede asegurarse que son casos fortuitos dependientes de varias circunstancias.

Otra advertencia hay que hacer respecto de esto: suele suceder que el primer feto nazca al mundo en la situación prevista y diagnosticada, y que el segundo salga en situación distinta de la que se señaló. La explicación de este hecho es muy sencilla: desahogada la matriz por la salida de uno de los engendros, el remanente resulta holgado; si en ese momento sobreviene una contracción irregular, en vez de ser impulsado para salir, es obligado á cambiar de posición absoluta: se invierte ó se atraviesa; en una palabra, se produce un trueco fortuito, que no desmiente la verdad del juicio que se formó de antemano.

El diagnóstico del embarazo gemelar por medio de la auscultación ha pasado por las mismas vicisitudes que el diagnóstico por la palpación. A poco de que Mayor, de Génova, descubrió la auscultación obstétrica, Lejumeau de Kergaredec indicó la posibilidad de reconocerla por este medio (1821). Posteriormente Laenec, Carus, Nœgele (padre), P. Dubois, Lovati, y sobre todo Dupaul, (1847), confirmaron y desarrollaron esta idea. Sin embargo, Paul Dubois, en un dictamen presentado á la Academia de Medicina de París, en 1831, titulado "De la aplicación de la auscultación á la práctica de los partos," dice: "La auscultación, en los casos de preñez múltiple, no aclara mucho, ordinariamente al menos, la cuestión del embarazo compuesto, sino durante el trabajo y después de rota una de las fuentes:" conclusión que, como se verá adelante, no está enteramente conforme con la verdad.

La auscultación obstétrica en el diagnóstico de la preñez gemelar está sometida á los mismos principios y á las mismas reglas que en el de la preñez simple. He aquí las reglas que fija nuestro profesor de Clínica, para ejecutarla con éxito.[1]

"La postura toconómica de la mujer que se somete á la aus- "cultación obstetricial, es varia: decúbito supino y lateral dere- "cho é izquierdo. En los abocamientos longitudinales y trans- "versos anteriores, la mujer debe tener extendidos los miembros "inferiores, tanto para aproximar más, por efecto de la tirantez "que resulta, la pared abdominal á la uterina, cuanto para mayor "comodidad del operador, que así está libre de estorbos. En los "transversos posteriores, como hay necesidad de que el pabellón "del instrumento se acerque lo más posible á la región dorsal, es "absolutamente indispensable procurar que la pared abdominal "dé de sí cuanto pueda, y ésto sólo se consigue doblando mucho "las piernas sobre los muslos y éstos sobre aquella.

1 Guía clínica del arte de los partos.—3ª edición, 1885.

"La palpación abdominal practicada de antemano, es la me-
"jor brújula para proceder directamente con método. En la si-
"tuación acurrucada del feto la región auscultable es el dorso.
"Aplicado el estetoscopio donde se halle, y supuesta la exis-
"tencia de latidos fetales (feto viviente), búsquese el punto
"preciso donde se escuchen más cercanos y más claros, y luego
"el rumbo que marque su mayor transmisión. Para el logro del
"primer intento, deben auscultarse con orden las diversas re-
"giones del vientre, por delante y detrás, haciendo que al prin-
"cipio del examen la mujer se acueste en decúbito supino, y des-
"pués, sucesivamente, en decúbito lateral derecho é izquierdo.
"*Excusado es decir que la absoluta falta de latidos del corazón fe-*
"*tal, es el signo más seguro de la muerte del producto.*

"Si el máximum de intensidad de los latidos estuviere en cual-
"quiera de las regiones de la pared anterior del vientre, el abo-
"camiento es dorso-anterior, y la posición 1ª ó 2ª, según que
"corresponda al lado izquierdo ó al derecho. Si, por el contrario,
"está en las regiones látero-posteriores derecha ó izquierda,
"la presentación es dorso-posterior, 3ª y 4ª posiciones. Par-
"tiendo siempre del máximum de intensidad, si los latidos se
"continúan más hacia arriba que lateralmente y abajo, la pre-
"sentación es *craneana* (vértice) ó *facial* (cara); si se prolongan
"más hacia abajo, *pélvica*, y si transversalmente, de *tronco*.

"Cuando el máximum se halla en las fosas iliacas, la presen-
"tación es de *vértice* ó de *tronco;* y diferencíanse una de otra,
"en que los latidos se propagan más hacia arriba en el primer
"caso, y transversalmente en el segundo . . . .
". . . . .
"Si el máximum estuviere arriba de la línea umbilical, hacia la
"mitad superior de los flancos, y se prolongaren más hacia aba-
"jo, el abocamiento es *pélvico;* las posiciones siguen el mismo
"orden que en las otras presentaciones."

Atentos á estas reglas, fácil es comprender dónde deben encontrarse los focos de auscultación, supuestas las diferentes actitudes de los fetos en la preñez compuesta y suponiendo que vivan, y que el oido pueda percibir con la debida claridad los latidos de uno y otro corazón. Respecto de ésto debo advertir que la transmisión de los latidos de un solo corazón á distintos puntos situados á larga ó corta distancia, puede hacer creer que hay dos corazones, porque hay dos focos de auscultación. Esto se debe á fenómenos acústicos de que no es fácil darse cuenta en el embarazo; más fácil es salir de dudas recurriendo á la palpación, que es un magnífico auxiliar de la auscultación, como se nos ha dicho y recomendado aun en el diagnóstico de la preñez simple. Pudiera presentarse el caso de que siendo igualmente accesibles el dorso y el plano esternal del feto, aplicado sucesivamente en ellos el estetoscopio, se apercibiese de la existencia de dos focos que á primera vista hiciesen sospechar la existencia de dos corazones: pero como la mano llega hasta donde el estetoscopio alcanza, la palpación vendrá á explicar el por qué del fenómeno, del cual no podrá uno darse cuenta con el estetoscopio únicamente.

Un medio hay para evitar la confusión en estos casos, y es el cuidadoso estudio de los *ritmos cardiacos*. Supuesto que cada niño tiene su vida propia y sus órganos independientes, fácilmente se comprende que las contracciones de dos ó más corazones han de tener diferente ritmo: esto es lo que se observa más comunmente. Pudiera ser que el ritmo cardiaco alguna vez fuese el mismo, pero ésto realmente constituye la excepción. La diferencia en el número de latidos durante un tiempo convenido, es sin duda uno de los mejores signos del diagnóstico; por lo mismo importa adquirirlo con toda seguridad, poniendo en planta el consejo de Adelmann y Kennedy, y es: que *dos observadores cuenten durante el mismo número de segundos, cada uno por*

su parte, y en voz alta. Cuando se pone en planta este consejo, se nota bien, con efecto, si hay ó no isocronismo, tomando siempre la precaución de repetir esto mismo varias veces antes de pronunciar un fallo definitivo. Conviene hacer notar, que el isocronismo de los latidos cardiacos no es bastante razón para desechar la idea de la existencia de un embarazo gemelar, cuando los signos proporcionados por la palpación hayan dado razones suficientes para creerlo. En ciertos casos, aun habiéndose sospechado ya la existencia de dos fetos, no se oyen más que los latidos de un solo corazón. Conveniente es entonces cambiar las posturas de la mujer, las cuales movilizan al útero y su contenido y pueden hacer accesible la parte donde se encuentra el otro foco de auscultación. Pudiera ser, asimismo, que uno de los fetos estuviese vivo y el otro muerto, por cuyo motivo se oyese un solo corazon; pero si la palpación ha reseñado la existencia de dos, aquella no es suficiente razón para negarlo. De todos modos, bueno será no decidir nunca la situación de las cosas sin haber repetido muchas veces las exploraciones cuidadosas. Podría ser, y así se ha observado algunas veces, que faltasen los latidos de dos corazones ó de uno sólo en la preñez gemelar, y ésto haga vacilar sobre el juicio formado por el reconocimiento ejecutado algún tiempo antes. También podría ser lo contrario. Preciso es estar prevenido contra tales emergencias, y dar á las cosas su verdadero valor.

Para que en una investigación de la importancia de ésta no quede ningún recurso sin tocar, bueno es añadir á lo dicho el examen *por la vagina*, y aun *por el recto*, según el prudente consejo del profesor Rodríguez. Este examen sirve siempre para rectificar el juicio formado, y en no pocas ocasiones aclara y disipa ciertas dudas sobre el número de los fetos, sobre sus respectivas situaciones, sobre si están encerrados en uno ó en dos huevos, sobre si hay dos fuentes ó una, si están rotas ó intac-

tas, si las contracciones impulsan siempre á un mismo feto ó á los dos simultánea ó alternativamente, si con las regiones abocadas asoman ó bajan miembros ó cordones; particularidades que advierten al médico sobre la marcha regular, irregular, simple ó complicada de un parto compuesto, y le previenen, á fin de que con tiempo tome medidas precautorias que eviten lo que se presenta amenazante, ó cuando ya pasó la oportunidad, de que acuda con remedio apropiado á cada emergencia; pues en el parto compuesto muchas y varias pueden surgir, que someten á ruda prueba la previsión, la prudencia, los conocimientos, la pericia y sangre fria del partero asistente.

CONCLUSIONES.

1ª Es absolutamente necesario hacer con cuanta anticipación, perfección y exactitud se pueda, el diagnóstico de la preñez gemelar en los meses mayores del embarazo, porque suelen presentarse varios accidentes graves, antes, durante y después del parto.

ANTES DEL PARTO. Hidropesía del huevo y sus consecuencias: aborto, parto prematuro, eclampsia.

DURANTE EL PARTO. Eclampsia, marcha tardía del parto por descomposición de la resultante de la potencia uterina, rotura anticipada de la fuente ó de las fuentes, distocia fetal bajo múltiples formas, causada por la presencia simultánea de las

regiones toconómicas abocadas, y la caida de cordones ó miembros de los fetos; enrollamiento de un cordón en el cuello ó miembros del otro mellizo, torción de ambos cordones, su anudamiento, rotura de la matriz.

Después del parto. Metrorragia debida á la mayor extensión de la herida placentaria (doble ó triple placenta fetal) é inercia de la matriz consecutiva á la enorme dilatación del músculo uterino y á lo naturalmente moroso de este parto; accidentes puerperales.

2ª Para lograr hacer un buen diagnóstico, es preciso estudiar con toda detención los caracteres que de ordinario le acompañan, señalados por Dionis, y añadir á ésto varios escrupulosos reconocimientos en los que se pongan en juego la *palpación abdominal*, la *auscultación*, el *tacto vaginal* y el *tacto rectal*.

Pongo á continuación la historia circunstanciada de un caso, en la que están satisfactoriamente comprobadas la mayor parte de las aserciones de mi tesis y las conclusiones con que termina.

OBSERVACIÓN.

Juana Montero, de San Bartolomé Naucalpan (Estado de México), 38 años, casada, nulípara, constitución minada por la hidrohemia, ha padecido últimamente leucorrea. Ingresó á la Casa de Maternidad el dia 23 de Mayo de 1885, al sétimo mes de su preñez, y fué llevada á la sala de Clínica el 19 de Junio siguiente, á que sirviera de motivo de la lección de ese dia.

Colocada en postura toconómica para practicar el reconocimiento del embarazo, lo primero que se notó fué una gran fatiga procedente de lo muy abultado y tirante del vientre. La

piel de esta región estaba muy gruesa, sumamente edematosa, tersa y brillante.

Hecha la mensuración del tumor por medio de la palpación y percusión, notóse que los diámetros longitudinal y transversal eran iguales. La consistencia superficial era uniformemente resistente y elástica: la profunda, mixta, compuesta de resistencias sólidas; grandes, adelante é izquierda, y atrás y á derecha. Los compases de espesor manuales las abarcaron, sintiéndose adelante y á derecha un surco casi longitudinal no muy profundo. Con los mismos compases, llevados primero abajo y luego arriba, sintiéronse confusamente: abajo, un tumor duro y proporcionalmente pequeño hacia la izquierda, y otro menos duro y proporcionalmente grande hacia la derecha; arriba tocáronse, confusamente también: un tumor no muy duro y grande hacia la izquierda, y otro duro y relativamente pequeño hacia la derecha. Volviendo á recorrer el campo uterino con los compases, se sintió que todo lo que estaba situado á la izquierda, así como todo lo de la derecha, se correlacionaba separadamente, mas no entre sí; de modo que el tumor duro hallado abajo é izquierda era seguido de un tumor cilindroide más voluminoso y remataba en una masa redondeada, grande y blanda: y el encontrado abajo y á derecha, se continuaba con el tumor cilindroide de su lado y remataba en otro esferoide pequeño y duro. En la parte más alta del surco sentíase una pequeña eminencia angulosa y dura que subía y bajaba al compás de la inspiración y expiración. Preguntándola si sentía movimientos, dijo haberlos sentido antes de llegar á ese estado, y que se apercibía de ellos poco desde que comenzó á abultársele mucho el vientre. Aunque se solicitaron los movimientos reflejos del contenido sólido por varias veces, no se logró sentirles ni una aun cambiando las posturas de la mujer. Por la auscultación oyéronse latidos cardiacos confusos y ténues á lo largo del tumor situado

á la izquierda, estando el máximum en la fosa iliaca de ese lado. Buscados en el tumor de la derecha, tanto en decúbito supino como en el lateral izquierdo, nada pudo oirse. Contados varias ocasiones los latidos cardiacos del tumor izquierdo se sacó un promedio de 135 por minuto. El pulso de la mujer era 90.

Midiendo la extensión del edema, se notó que partía de ambos piés, se extendía á los miembros inferiores, invadía la vulva, y afectaba el vientre por delante, detrás y ambos lados, á nivel de la zona supra-umbilical. La huella profunda que dejaba la yema del dedo por todas partes y el espesor considerable de la pared del vientre, denotaban que la infiltración era considerable. La análisis cualitativa de la orina mostró que estaba *muy albuminosa.*

No se completó este examen con el reconocimiento vaginal y rectal, porque la enferma ya estaba muy cansada.

En la exposición oral que siguió inmediatamente después, el profesor Rodríguez, bajo las debidas reservas, anunció que en su concepto en aquel importante caso se trataba de una *preñez intrauterina compuesta, doble, llegada al 8º mes;* que aunque confusamente, había tocado los fetos situados á lo largo, cada uno de ellos en presentación distinta: el izquierdo, en 1ª de vértice *(o. i. i. a.)*, y el derecho en 3ª pélvica *(s. i. d. p.);* que, por de pronto, y á reserva de rectificar en reconocimientos ulteriores ciertos puntos, creía que el feto de la izquierda estaba vivo, encontrándose el máximum de los latidos cardiacos en la fosa iliaca izquierda y su mayor transmisión hacia arriba; datos que concordaban con los obtenidos por medio de la palpación: que el no oir los latidos del feto colocado á la derecha podría ser efecto, tanto de la lejanía de las regiones auscultables, vistas las condiciones del caso, cuanto de que estuviese muerto; que la lejanía de las regiones tangibles y auscultables de los fetos, particularmente del de la derecha, era efecto de la *hidropesía del*

amnios y de la *grande infiltración de la pared del vientre:* que la matriz doblemente grávida é hidrópica, comprimiendo la circulación pélvica, estorbaba la circulación centrípeta; de donde provenía el *notable edema de los extremos inferiores.* Detúvose luego en relatar los peligros anexos á la continuación de embarazos compuestos y tan complicados como el presente, antes, durante y después del parto; pero en el punto en que más nos hizo fijar la atención fué la *eclampsia puerperal*, que en casos tales estalla por la excesiva tensión sanguínea del sistema circulatorio, por la duplicación de sus necesidades uropoéticas (mayores para dos fetos que para uno), y por la gran compresión á que estaban sujetos los vasos renales. Lamentó que aquel caso no se le hubiese dado á conocer desde que ingresó á la Casa de Maternidad, entre otras razones, por no habérsele podido someter con tiempo al único tratamiento que en su concepto restablece la circulación materna disminuyendo la tensión sanguínea: la *hidroterapia sudativa*, ó el *uso moderado y continuo del clorhidrato de pilocarpina;* concluyendo con instituir el tratamiento que sigue: cada cuarto de hora, y hasta provocar sudación regular, una cucharita de la siguiente poción que ha usado con buen éxito en casos semejantes:

Solución de goma arábiga........	1 onza.
Clorhidrato de pilocarpina.......	1 grano.
Jarabe de apio compuesto........	2 dracmas. Mézclese.

Alimentación tónica y analíptica, sosiego y *sobrevigilancia.*

Junio 22.—Bienestar, confesado por la enferma. Sométesela á nuevo reconocimiento. Como la pared del vientre está menos infiltrada y menos tirante, puede hacerse mejor la palpación abdominal: las desigualdades, confusamente sentidas el dia 19, se tientan mejor. De los datos recogidos por la palpación se infiere rectamente que hay dos fetos, y que, según estaba anun-

ciado, el izquierdo se presenta en 1ª de vértice, y el derecho en 3ª pélvica. Por la auscultación se oyeron con claridad los latidos cardiacos pertenecientes al feto izquierdo: su máximum y mayor transmisión, como en el primer reconocimiento. Se oyeron también, aunque muy confusamente, otros latidos cardiacos, cuyo foco estaba en la zona supra-umbilical y su mayor transmisión de arriba á abajo; de donde se concluye que ambos fetos viven y están situados como lo reveló la palpación. Aunque los edemas de los miembros inferiores están menos duros, la cantidad de albumina en la orina es abundante. Se previene que continúe el mismo tratamiento.

Junio 23, 24 y 25.—Ha continuado la sudación sin que la enferma se debilite. El mismo tratamiento.

Junio 26.—Nuevo reconocimiento. Se ratifica todo lo dicho. Se nota que no se oye la circulación del feto de la derecha, por lo que se vuelve á poner en duda si vive ó no. Se practica el tacto vaginal, y se obtienen los datos que siguen: horquilla intacta, vagina estrecha, edematosa, tibia y húmeda; cuello casi borrado, sin abolladuras, blando, dilatable, no muy alto, situado atrás é izquierda. Segmento inferior de la matriz, ocupado por un cuerpo esferoide, duro, terso y móvil; la sutura sagital se conjuga con el diámetro oblícuo izquierdo. El profesor Rodríguez anuncia que aquel embarazo gemelar toca á su término (anticipado como todos los de su especie) y que, al parecer, el feto izquierdo se aboca, para salir el primero, en posición *o. i. i. a.;* aunque en vista de la movilidad de la cabeza y de lo que la experiencia le ha enseñado que sucede en el parto gemelar, quién sabe lo que pasará á la hora del parto. Prescripción: la misma y *mayor vigilancia.*

Junio 27 y 28.—Las cosas prosiguen lo mismo. La auscultación obstétrica sigue revelando la vida del feto izquierdo, pero nada dice respecto del de la derecha.

Junio 29, tres y media de la tarde.—Se inicia el parto; los dolores son regulares, y progresivamente aumentan en intensidad, frecuencia y duración. A las siete y media de la noche estalla la *eclampsia*, y los accesos de este mal se repiten casi sin tregua. La partera en jefe, Dª Dolores Ortiz, prevenida de la gravedad de la situación, reconoce por medio del tacto que el trabajo está avanzado y que pronto quedará desocupada la matriz. A las ocho y media rompióse la fuente, y fué expulso el feto de la derecha en la posición diagnosticada *s. i. d. p.* sin traba ni dificultad alguna, apareciendo en el acto una nueva fuente y abocándose el feto de la izquierda en 1ª de vértice *o. i. i. a.* Prosiguen los dolores de parto y los accesos eclámpsicos, y la asistente se resuelve á romper la fuente para acelerar la expulsión del producto; advierte que la presentación se ha invertido en *s. i. d. a.* ó sea 2ª sacra, por lo que renuncia de llevar á cabo su propósito. A las nueve de la noche, y durante un acceso, rómpese la fuente, y es lanzado el 2º feto notablemente asfixiado; pocos instantes después salen las secundinas, retrayéndose el útero sin demora. Prosiguen los accesos. Vuelto á la vida el 2º feto, se advirtió que era mujer: el 1º, que era hombre, contrastaba singularmente con su hermana: estaba anémico, excesivamente pálido y yerto; su corazón, no obstante, latía con regularidad: le envolvieron en lienzos calientes; la niña tenía el color y calor normales. Cada uno pesaba 1,700 gramos. Las secundinas, constituidas de una sola pieza y muy congestionadas, tenían relaciones conexivas pero no vasculares; los cordones no ofrecían nada notable.

Por no haber en la Casa ninguna persona capaz de encargarse de la administración del cloroformo, no se pudo echar mano de este medio sedativo eficaz sino hasta las once de la noche. Entre una y dos de la mañana del dia 30 se le ministraron 20 granos de bromuro de potasio.

Junio 30.—Siguen los accesos. Prescripción:

Infusión de hojas de naranjo........	4 onzas.
Bromuro de potasio................	1 dracma.
Hidrato de cloral................	2 dracmas.
Jarabe...........................	1 onza. Mézclese.

Cucharada sopera cada hora. Lavativa purgante. Una taza de leche cada tres horas.—Temperatura, 38° en la mañana, y 38° 7 en la tarde.

Julio 1º—Mañana.—Temperatura, 37°.—Siguen los accesos, aunque menos repetidos, y cesan á las once. Estupor. Loquiorrea normal. Prescripción:

Purgante de calomel y polvo de raiz de Jalapa, āā..	20 granos.
Escamonea de Alepo........................	10 granos. Mézclese.

Inyección antiséptica intra-uterina; leche cada tres horas.

Por la tarde.—Ha hecho varias evacuaciones alvinas copiosas; loquiorrea normal. Sigue la modorra. Temperatura, 37°.

Julio 2, por la mañana.—Sigue la modorra. Loquiorrea normal. Prescripción:

20 granos *bis* de bromuro de potasio. Inyección *bis.* Cuarto de ración.

Por la tarde.—Temperatura, 38°.

Julio 3, por la mañana.—Temperatura, 37°. Loquiorrea normal. Sigue la modorra, aunque la enferma da señales de mayor sensibilidad. Prescripción: la misma del dia anterior.

Por la tarde.—Temperatura, 37°9. Empieza á disiparse la modorra.

Julio 4, por la mañana.—Temperatura, 38°. Sensibilidad en el hipogastrio, que la enferma acusa por señas; loquiorrea escasa, algo fétida y sanguinolenta (*endometritis puerperal é infarto del ligamento ancho derecho*). Prescripción: Ungüento mer-

curial doble al vientre. Inyección intrauterina antiséptica *bis*. Siga tomando el bromuro de potasio. Media ración y leche.

Por la tarde.—Temperatura, 38°.

Julio 5.—Temperatura por mañana y tarde, 38°. Sus facultades se despejan: aunque tardías, sus respuestas están acordes á las preguntas que se le dirigen. Las funciones del vientre están en corriente. La loquiorrea es más abundante, menos sanguinolenta y menos fétida.

Prescripción: 20 gotas *bis* de acetato de amoniaco: fricción mercurial *bis* al vientre. Media ración y leche.

Julio 6.—Ha dormido la noche anterior. Temperatura, 37° 8. La loquiorrea es casi normal. Sigue la sensibilidad del útero.

Prescripción: $^1/_5$ de grano de calomel cada hora: fricción mercurial *ter*: inyección intra-uterina *bis*. Temperatura por la tarde, 38°.

Julio 7.—Temperatura del dia, 37° 5. Ha dormido bien la noche anterior: está completamente despejada: la loquiorrea es normal y disminuye. El dolor del vientre casi es nulo. La misma prescripción. Ración.

Julio 8. Convalescencia.—Se levantó el dia 12 de Julio, se bañó el dia 13, y salió de alta completamente sana el 15.

Advertencias.—El niño murió al quinto dia de nacido á consecuencia de su estado profundamente anémico. La niña siguió bien, amamantada al principio por las recién-paridas de la casa, y después por la madre misma, que se encargó de este cuidado desde el momento que tuvo conciencia de lo que hacía.

Bernardino Diaz.

